

## TP33

**205. NUESTRA EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE SARCOMAS CARDÍACOS PRIMARIOS**

Sánchez Pérez R, Sartor L, Hurtado AR, Ramírez Valdiris U, Blázquez González JA, Mesa García JM  
*Hospital La Paz, Madrid*

**Objetivo:** evaluación de la incidencia y pronóstico de los pacientes afectos de sarcomas cardíacos primarios intervenidos en nuestro centro.

**Material y métodos:** estudio descriptivo y retrospectivo donde se evaluaron los pacientes intervenidos de sarcomas cardíacos primarios entre marzo de 2005 – noviembre de 2011 en el Hospital La Paz (Madrid).

**Resultados:** se intervinieron 8 casos, 75% mujeres (6). La edad media fue 51,5 (rango 35-71) años. Tipo histológico: 50% leiomiomasarcoma, 25% angiosarcoma, 12,5% osteosarcoma y 12,5% liposarcoma. En un 62,5% había alta sospecha previa a la cirugía de tumor primario maligno. El tiempo de espera quirúrgico medio fue de 1,2 meses. En 75% de los casos se pudo hacer una resección completa. El 87,5% recibieron quimioterapia (QT); 62,5% tenían metástasis al

diagnóstico. En un caso se administró radioterapia (RT). La supervivencia media fue de 24 meses (rango 0- 84). La supervivencia mayor se observó en el liposarcoma (31 meses), y la menor supervivencia tras superar la cirugía se observó en el angiosarcoma (18 meses). La supervivencia fue mayor cuando se pudo realizar una resección completa (31 meses), en cambio no se vio influenciada con la presencia de metástasis. La sospecha previa se relacionó con menor supervivencia. Aquellos que recibieron QT tuvieron una mayor supervivencia (27 meses).

**Conclusión:** en nuestra muestra la resección completa quirúrgica y el tratamiento con QT de los sarcomas cardíacos primarios se relacionó con una mayor supervivencia, en cambio la sospecha diagnóstica previa a la cirugía se asoció con una supervivencia menor.

## TP34

**332. REPARACIÓN DE PROLAPSO MITRAL Y MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA**

Sandoval E, Marcacci C, Quintana E, Mestres CA, Roux C, Pereda D  
*Hospital Clínic i Provincial, Barcelona*

Presentamos el caso de un varón de 48 años con antecedentes de síndrome antifosfolípido, embolia pulmonar bilateral y epilepsia, que ingresa por disnea y angina de mínimos esfuerzos de 2 semanas de evolución. La ecocardiografía preoperatoria mostraba la presencia de miocardiopatía hipertrófica obstructiva con gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) en reposo de 50 mmHg y máximo de 160 mmHg e insuficiencia mitral grave con doble flujo regurgitante: uno posterior secundario a movimiento sistólico anterior mitral (SAM) y otro anterior por prolapso del velo posterior (segmento P2) con imagen de cuerdas tendinosas rotas (Vídeo 1).

En quirófano se comprobó mediante ecografía transesofágica la presencia de un gradiente de 60 mmHg en el TSVI secundario a SAM. Esto se confirmó mediante registro

invasivo continuo y simultáneo en tiempo real a nivel de la aorta ascendente y del ventrículo izquierdo (punción transeptal desde el ventrículo derecho) (Vídeo 2).

Se realizó una miectomía septal extendida por vía transaórtica y una reparación valvular mitral consistente en resección triangular del segmento P2 y anuloplastia posterior con una banda flexible de 36 mm además del cierre de la hendidura entre P1-P2 (Vídeo 3). Una vez finalizada la cirugía se comprobó de nuevo de forma invasiva la ausencia de gradiente en el TSVI (Vídeo 4) incluso tras la generación de extrasístoles ventriculares para la medición del gradiente en el latido postectópico y la corrección completa de la insuficiencia mitral y del SAM (Vídeo 5).

El postoperatorio cursó sin incidencias, estando el paciente asintomático tras la intervención.